

## Prevalentie en kenmerken van middelenmisbruik en -afhankelijkheid bij ambulante chronisch-psychiatrische patiënten

Martje van Giffen · Jack Dekker · Willy Spijkerman ·  
Flory Bruggeman · Robert Schoevers

**Abstract** Onder patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen komt relatief veel misbruik van alcohol en drugs voor. De behandeling van deze dubbele-diagnoseproblematiek heeft minder resultaat dan die van patiënten met een enkele diagnose. Er is veel uitval uit de behandeling en verlies van sociaal netwerk. Dit artikel doet verslag van een inventarisatie onder chronisch-psychiatrische patiënten en geeft antwoord op vragen over de prevalentie van comorbide verslavingsproblematiek, het voorkomen van dubbele problematiek bij mannen en vrouwen, en over problemen van de dubbele-diagnosegroep op diverse levensgebieden. De auteurs sluiten af met enkele aanbevelingen.

### Inleiding

In vergelijking met de algehele bevolking blijkt onder patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen meer misbruik van alcohol, drugsvarianten, benzodiazepinen en barbituraten voor te komen (Regier e.a., 1990; Menezes e.a., 1996; Graham, 2001, 2004; Mueser e.a., 2000, 2003). De prevalentie onder psychiatrische patiënten varieert van 25 tot 60% in vergelijking tot 16,4% onder de algehele bevolking. Middelenmisbruik komt vaker voor onder mannen dan onder vrouwen (Kerkmeer, Blanken & De Klerk, 2003; Mueser e.a., 2003; Graham, 2004). In de - nog schaarse - Nederlandse gegevens over prevalentie van deze vorm van comorbiditeit onder

psychiatrische patiënten, wordt dit beeld bevestigd (Kerkmeer, Blanken & De Klerk, 2003).

Psychiatrische en verslavingsproblematiek beïnvloeden elkaar, want middelengebruik kan psychiatrische stoornissen doen ontstaan of verergeren (Mueser e.a., 2003; Kerkmeer, Blanken & De Klerk, 2003; Canada Health, 2002). Omgekeerd gebruiken veel psychiatrische patiënten middelen om de symptomen van hun psychiatrische aandoening (bijv. angst, wanhoop, initiatiefloosheid en somberheid) te onderdrukken. Zo ontwikkelen zij een verslavingsprobleem. De problematiek van de patiënt verergert doorgaans bij verslaving. De combinatie van psychiatrische en verslavingsproblematiek leidt geregeld tot maatschappelijke overlast (Meeuwissen & Kroon, 2000).

De behandeling van dubbele-diagnoseproblematiek kent een slechter therapieresultaat in vergelijking met patiënten met een enkele diagnose, want er is veel uitval uit de behandeling en verlies van het sociale netwerk. Behandelingen duren relatief lang, met als gevolg het ontstaan van wachtlijsten, demoralisatie en een groter risico op burn-out bij hulpverleners (Kerkmeer, Blanken & De Klerk, 2003; Mueser e.a., 2003). Dubbele-diagnoseproblematiek is dus ernstige en complexe problematiek met een hoge prevalentie. Onderzoek naar het voorkomen van verslaving bij patiënten in de GGZ is daarom van belang en kan helpen een gerichte behandeling van patiënten met een dubbele diagnose tot ontwikkeling te brengen.

In dit artikel doen wij verslag van een inventarisatie onder chronisch-psychiatrische patiënten van het Langdurig Transmurale Zorgteam (LTZ Noord) van GGZ Mentrum in Amsterdam-Noord. We beantwoorden drie vragen:

Martje van Giffen, en, (✉)

*Drs. M. van Giffen* is projectmanager dubbele diagnose bij de divisie Langdurige Psychiatrie van GGZ Mentrum, Tesselschadestraat 31, 1054 ET Amsterdam. E-mail: [martje.van.giffen@mentrum.nl](mailto:martje.van.giffen@mentrum.nl).

1. Wat is de prevalentie van comorbide verslavingsproblematiek volgens de hulpverleners van de LTZ Noord?
2. Komt dubbele problematiek vaker voor bij mannen dan bij vrouwen?
3. Wat zijn de problemen van de dubbele-diagnosegroep op diverse levensgebieden?

## Methodes

### Patiënten en procedure

Uit het totale bestand van 316 ambulante chronisch-psychiatrische patiënten in Amsterdam-Noord werd in 2004 een aselecte steekproef getrokken van de helft. Gegevens konden verzameld worden bij 99% van de steekproef ( $N = 156$  patiënten). De vijftien ambulante hulpverleners bij de LTZ Noord (twee psychiaters, een psycholoog/psychotherapeut, een maatschappelijk werker en twaalf sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen) hebben gemiddeld 22 patiënten in hun caseload. Hun is gevraagd om voor iedere tweede patiënt in hun caseload drie vragenlijsten in te vullen, op basis van de hun ter beschikking staande kennis over de patiënt. Het invullen van de vragenlijsten vroeg circa vijftien minuten per patiënt. De vragenlijsten zijn in een periode van twee maanden ingevuld.

### Meetinstrument

De hulpverleners vulden een semi-gestructureerde vragenlijst<sup>1</sup> over hun patiënten in, op basis van patiëntendossier, behandelplan en wat zij wisten over hun patiënten. In de vragenlijst wordt gevraagd naar:

1. sociodemografische gegevens, de behandeldiagnose volgens de DSM-IV-classificatie en de contactfrequentie met de hulpverlener (variërend van eenmaal of vaker per week tot eenmaal per maand);
2. aan- of afwezigheid van een dubbele diagnose (primaar psychiatrische problematiek zonder verslaving, dubbele diagnose of uitsluitend verslavingsproblematiek)<sup>2</sup> en de kenmerken van het middelenmisbruik;
3. netwerk van de patiënten wat betreft grootte, variatie, praktische en emotionele steun van netwerk en invloed van netwerk;

<sup>1</sup> De semigestructureerde vragenlijst is op te vragen bij de eerste auteur.

<sup>2</sup> Dubbele diagnoseproblematiek is gedefinieerd als: 'De psychiatrische en verslavingsstoornissen komen onafhankelijk van elkaar voor, of hebben een sterk verweven beloop. Beide stoornissen zijn ernstig en ontlopen elkaar niet veel in ernst.'

4. sociaal-maatschappelijke problemen (bijv. overlast en/of verlies van werk).

De kenmerken van dubbele problematiek onder deze groep zijn gemeten over een tijdvak van een jaar (2004–2005).

## Resultaten

Sociodemografische kenmerken van de patiënten met en zonder dubbele diagnose

Iets meer dan de helft van de groep (53%,  $N = 82$ ) heeft volgens de hulpverleners psychiatrische problematiek zonder verslaving; een minderheid (18%,  $N = 28$ ) heeft een dubbele diagnose en een kleine groep (3%,  $N = 5$ ) uitsluitend verslavingsproblematiek. Voor het ontbrekende aantal (26%,  $N = 41$ ) werd niets ingevuld, waarschijnlijk omdat men het niet wist.

Tabel 1 geeft inzicht in de sociodemografische kenmerken, DSM-IV-classificatie en zorgzwaarte van de onderzoeksgroep, en vergelijkt de niet-DD-groep op deze variabelen met de DD-groep. Het grootste deel is laag opgeleid (basisonderwijs  $N = 33$ , VMBO/MAVO,  $N = 63$ ). De meeste patiënten beschikken over een eigen (huur)woning ( $N = 119$ ) en 14% ( $N = 22$ ) van hen woont in een (RIBW-)instelling. Het overgrote deel ( $N = 135$ ) leeft van een uitkering. Het grootste deel van deze groep ( $N = 57$ ) heeft geen gestructureerde dagactiviteiten. Een kleinere groep ( $N = 26$ ) heeft vrijwilligerswerk of gaat naar een dagactiviteitscentrum ( $N = 18$ ). De groep met betaalde arbeid is ondervertegenwoordigd ( $N = 15$ ). Het grootste deel ( $N = 105$ ) heeft een Nederlandse culturele achtergrond. Verreweg de meeste van deze patiënten hebben meerdere psychiatrische opnamen achter de rug. Slechts 8% van deze patiënten is ooit opgenomen geweest in de verslavingszorg. De DSM-IV-classificatie laat zien dat het gaat om zogenaamde 'severe mental illness'; psychiatrische aandoeningen met een ernstig invaliderend effect op het algemeen dagelijks functioneren. In 17% van de gevallen ( $N = 17$ ) wordt de patiënt eenmaal of vaker per week gezien door de hulpverleners. In de overige gevallen gaat het om contactfrequenties van eenmaal per twee weken tot eenmaal per maand.

Met de chi-kwadraattoets werd onderzocht of de groep met een dubbele diagnose ( $N = 28$ ) verschilt van de groep zonder dubbele diagnose ( $N = 82$ ). De DD- en de niet-DD-groep verschillen significant wat betreft sekse, etnisch/culturele herkomst en woonomgeving. Het gaat bij de DD-groep om significant meer mannen (82%,  $F = 10,8$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,01$ ) dan vrouwen (18%) en om significant meer autochtonen (89%;  $F = 7,2$ ;  $df = 1$ ;

**Tabel 1** Sociodemografische kenmerken van patiënten met en zonder een dubbele diagnose.

		Psychische stoornis ( <i>N</i> = 82)	Dubbele diagnose ( <i>N</i> = 28)	Totaal ( <i>N</i> = 110)			
		%	%	Aantal : %	Chi	df	Sign.
Geslacht	man	46%	82%	61 : 55%	10,8	1	0,00
	vrouw	54%	18%	49 : 45%			
Opleiding	geen opleiding	5%	4%	5 : 5%	1,8	5	0,88
	voltooid						
	basisonderwijs	22%	22%	24 : 22%			
	VMBO/MAVO	46%	52%	51 : 47%			
	HBO/universitair	20%	11%	19 : 18%			
	anders, namelijk:	6%	7%	7 : 6%			
Woonsituatie	onbekend	1%	4%	2 : 2%	9,0	4	0,06
	eigen huis (huur/koop)	74%	85%	84 : 77%			
	instelling/tehuis/ RIBW	18%	0%	15 : 14%			
	bij familie of vrienden	6%	7%	7 : 6%			
	>3 mnd justitie	1%	4%	2 : 2%			
	dakloos	0%	4%	1 : 1%			
Inkomen	inkomen uit betaalde arbeid	6%	18%	10 : 9%	3,4	2	0,18
	uitkering (ABW, WW of WAO)	89%	79%	94 : 86%			
	geen inkomen	5%	4%	5 : 5%			
Voornaamste dagactiviteiten	betaalde arbeid	6%	14%	9 : 8%	4,0	6	0,68
	vrijwilligerswerk	20%	18%	21 : 19%			
	sociale werkplaats	2%	0%	2 : 2%			
	DAC	13%	7%	13 : 12%			
	opleiding/cursus	2%	0%	2 : 2%			
	geen gestructureerde activiteiten	34%	39%	39 : 35%			
Culturele achtergrond	anders, namelijk	22%	21%	24 : 22%	8,9	5	0,12
	Nederlands	62%	89%	76 : 69%			
	Surinaams	12%	7%	12 : 11%			
	Antilliaans	6%	0%	5 : 5%			
	Turks	4%	0%	3 : 3%			
	Marokkaans	4%	4%	4 : 4%			
Eerder opgenomen	overig, nl.	12%	0%	10 : 9%	0,5	1	0,49
	ja	92%	96%	96 : 93%			
Eerder opgenomen in de psychiatrie	nee	8%	4%	7 : 7%	3,1	3	0,37
	eenmaal	17%	19%	17 : 18%			
	tweemaal	26%	33%	27 : 28%			
	driemaal	17%	4%	13 : 13%			
Eerder opgenomen in de verslavingszorg	vaker dan driemaal	40%	44%	40 : 41%	13,0	1	0,00
	ja	3%	25%	9 : 9%			
	nee	97%	75%	95 : 91%			
Zorgindicatie	wekelijks contact	21%	37%	27 : 25%	7,8	2	0,02
	tweewekelijks contact	26%	41%	32 : 30%			
	maandelijks contact	53%	22%	49 : 45%			

**Tabel 2** Patiënten met en zonder een dubbele diagnose en overlast.

		Totaal	Dubbele diagnose			
		Aantal : %	%	Chi	df	Sign
Financiële problemen	ja	44 : 40%	78,6	23,3	1	0,00
Verlies contacten	ja	14 : 13%	28,6	8,5	1	0,00
Relatieproblemen	ja	17 : 15%	28,6	5,0	1	0,03
Overlastklachten	ja	10 : 9%	25,0	11,5	1	0,00
Verbale agressie	ja	14 : 13%	35,7	17,9	1	0,00
Verlies werk/ dagbesteding	ja	11 : 10%	14,3	0,8	1	0,38
Dreiging van ontruiming	ja	8 : 7%	17,9	6,2	1	0,01
Dakloos	ja	3 : 3%	7,1	2,8	1	0,10
Geen delicten	ja	89 : 81%	67,9	4,1	1	0,04
Gewelddelicten	ja	2 : 2%	7,1	6,0	1	0,02
Verstoring openbare orde	ja	9 : 8%	25,0	14,1	1	0,00
Handel drugs	ja	2 : 2%	7,1	6,0	1	0,02
Vermogensdelicten	ja	5 : 5%	7,1	0,6	1	0,45

$p = 0,007$ ) dan bij de groep zonder DD (46% mannen en 62% autochtonen). Verder hebben de patiënten met DD ( $F = 7,8$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,02$ ) een intensievere zorgindicatie (70% eenmaal per week of tweewekelijks contact) dan de groep zonder DD (47% eenmaal per week of tweewekelijks contact). Er is een trend ( $F = 9$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,06$ ) dat de patiënten zonder een DD in meer gevallen in een RIBW of vervangend tehuis verblijven (18%). De groep met DD verblijft niet in dit soort tehuizen en woont vaker thuis (85% vs. 74% in de groep zonder DD) of is dakloos (4% vs. 0%). Verder is de groep met DD bij een opname in significant ( $F = 9$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,01$ ) meer gevallen langer durend (langer dan drie maanden) opgenomen geweest (81%) dan de groep zonder DD (50%), en significant ( $F = 12,9$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,000$ ) vaker opgenomen geweest in de verslavingszorg (33%) dan de groep zonder DD (2,5%). Wat betreft opleiding, inkomen, dagactiviteiten, partner en eerdere opnamen in de psychiatrie zijn er geen significante verschillen tussen de groepen.

#### Inventarisatie middelengebruik

Nagegaan is of het gebruik van alcohol en/of drugs door patiënten die gekenmerkt zijn als dubbele-diagnoseproblematiek verder kon worden gespecificeerd. Bij circa 30% heeft de hulpverlener deze vragen niet ingevuld, zeer waarschijnlijk omdat men het niet precies wist (m. n. bij de vrouwelijke patiënten wist men het niet). Over het algemeen gebruiken de als verslaafd gekenmerkte patiënten één middel (40%) of twee middelen (ca. 30%). Een kleine groep van circa 12% gebruikt meer dan twee

middelen. De meest gebruikte middelen zijn bij de DD-groep alcohol (53,6%), cannabis (42,9%), cocaïne (42,4%) en basecoke/crack (14,3%).

#### Sociaal-maatschappelijke situatie

Tabel 2 laat op bijna alle items met betrekking tot sociaal-maatschappelijke gevolgen significante verschillen zien tussen de groep zonder en met een dubbele diagnose ( $p < 0,05$ ). Alleen wat betreft de dakloosheid-items is er geen significant verschil, maar wel een trend ( $p = 0,06$ ). Wat betreft de items verlies werk of dagbesteding en vermogensdelicten zijn er geen significante verschillen tussen de groepen.

#### Discussie

In dit onderzoek werd een beeld verkregen van de groep patiënten met een dubbele diagnose binnen een ambulant behandelteam in de langdurige psychiatrische zorg, aan de hand van drie onderzoeksvragen. Voor wat betreft de prevalentie van comorbide verslavingsproblematiek volgens de hulpverleners is opmerkelijk dat het aantal patiënten met verslaving als comorbiditeit uitkomt op slechts 18% (exclusief 3,2% primaire verslavingsproblematiek). Dit percentage ligt aanmerkelijk lager dan de percentages die wij aantreffen in de literatuur. Onder GGZ-cliënten met een ernstige psychische stoornis (schizofrenie, bipolaire stoornissen en depressie met psychotische kenmerken), vergelijkbaar met onze populatie, werd in eerder onderzoek bij 41% middelenmisbruik en afhankelijkheid gevonden (Bijl e.a., 1997).

Een verklaring voor het relatief lage DD-prevalentiepercentage kan zijn dat het in de literatuur vaak gaat het om 'lifetime'-prevalenties, terwijl onze onderzoeksresultaten een tijdsbestek van één jaar betreffen. De groep 'niet ingevuld' (waarschijnlijk onbekend) bij middelenmisbruik betreft circa 30% van de onderzoeksgroep. Het is niet uit te sluiten dat deze groep nog niet als zodanig erkende DD-cliënten bevat.

Bij de LTZ Noord worden op het moment van onderzoek geen screenings- en assessmentinstrumenten gebruikt om het middelengebruik gericht in kaart te brengen. Daarnaast ontbreken bij de hulpverleners de specifieke deskundigheid, ervaring en routine om middelengebruik methodisch uit te vragen, te herkennen en vervolgens te diagnosticeren. Dit leidt er hoogstwaarschijnlijk toe dat het door respondenten aangegeven percentage voor de prevalentie van DD-problematiek lager is dan het werkelijke percentage in de praktijk.

Ten slotte is de vraagstelling naar een indeling in primaire psychiatrische, verslavings- of DD-

problematiek mogelijk verwarrend geweest (het onderscheid is niet altijd eenduidig en kan daarom makkelijk tot arbitraire antwoorden leiden). Achteraf gezien was het daarom beter geweest de DSM-IV-criteria voor middelenmisbruik en afhankelijkheid uit te vragen.

Verslavingsproblematiek wordt in de GGZ dikwijls ondergediagnostiseerd (Kerkmeer, Blanken & De Klerk, 2003; Health Canada, 2002; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003). Dit kan een gevolg zijn van onbekendheid van GGZ-hulpverleners met verslavingsproblematiek, waardoor deze niet of onvoldoende uitgevraagd en herkend wordt. Er kan ook sprake zijn van een (ver)oordelende attitude van GGZ-hulpverleners ten aanzien van verslaving. Daarnaast maken gêne en angst voor mogelijke veroordeling en sancties door hulpverleners dat patiënten hun middelenmisbruik verzwijgen. Het gebruik van gerichte meetinstrumenten voor middelenmisbruik (bijv. screener, assessment, urinetest) leidt dan ook veelal tot een sterke toename van de gerapporteerde prevalentie van middelenmisbruik (Mulder & Kroon, 2005). Op grond van deze bevindingen uit ander onderzoek kan dan ook niet de conclusie worden getrokken dat het in dit onderzoek gevonden percentage in werkelijkheid zo laag is. Tegelijkertijd moet wel worden vastgesteld dat een externe validering in de vorm van een assessment bij deze patiënten in dit onderzoek niet heeft plaatsgevonden.

Wij vonden een hogere prevalentie van middelenmisbruik onder mannen dan onder vrouwen. Dat komt overeen met gegevens uit de literatuur. Wel moeten we hier aantekenen dat in ons onderzoek hulpverleners met name van hun vrouwelijke patiënten onvoldoende wisten van het middelengebruik. Dit kan de prevalentiegegevens over middelenmisbruik bij vrouwen negatief beïnvloeden. Hoewel vrouwen in de DD-groep volgens de literatuur ondervertegenwoordigd zijn, is het goed te weten dat zij specifieke risico's lopen. Zij raken vaker dan mannen HIV-geïnfecteerd en er bestaat een grotere kans dat ze slachtoffer worden van seksueel en fysiek geweld (waardoor een grotere kans op de ontwikkeling van een posttraumatische stressstoornis). Prostitutie komt bij de vrouwelijke DD-patiënten veel voor. Door deze factoren zijn de schadelijke effecten van middelenmisbruik voor hen groter (Kerkmeer, Blanken & De Klerk, 2003).

Voor wat betreft de problemen van de dubbele-diagnosegroep treffen we bij de DD-patiënten vaker relatieproblemen en verlies van sociale contacten aan. Overigens hebben zowel DD-patiënten als niet-DD-patiënten weinig gevarieerde sociale netwerken. De mate waarin praktische en emotionele steun wordt geboden is gering. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het allen patiënten met ernstige psychiatrische problematiek betreft, bij wie het onderhouden en behouden van

netwerken moeizaam gaat, met of zonder comorbide verslavingsproblematiek, en er dus sprake is van een bodomeffect wanneer men een verschil wil aantonen.

De DD-groep geeft meer overlastproblemen dan de groep zonder DD. Dit komt overeen met resultaten uit andere onderzoeken. Patiënten blijken zich onder invloed van middelen anders (vaak lastiger en agressiever en/of ernstig verward) te gaan gedragen, hebben veel geld nodig (met name bij drugsgebruik) en komen eerder tot afpersing, stelen, dealen, enzovoort.

DD-patiënten consumeren significant meer en intensievere zorg (eenmaal per week of tweewekelijks contact) dan de patiënten zonder DD. De DD-groep is significant langer opgenomen geweest (>3 maanden) dan de groep zonder DD. De groep met verslavingsproblematiek blijft minder vaak in RIBW-instellingen. Dit is waarschijnlijk te verklaren vanuit het gegeven dat patiënten doorgaans door RIBW-instellingen worden geweigerd wanneer er ernstige alcohol- en/of (hard)drugsverslaving speelt en illustreert de grote problemen van deze groep bij het vinden en behouden van huisvesting (Mueser e.a., 2003). Er is een trend dat DD-patiënten vaker te maken hebben met dakloosheid. Dat komt mogelijk ook doordat dak- en thuisloze patiënten worden doorverwezen.

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen wat betreft verlies van werk en dagbesteding in het jaar voorafgaande aan het onderzoek. Aangezien de onderzoeksgroep voor 87,1% uit uitkeringsgerechtigden bestaat en men vaak al langere tijd bij de LTZ Noord in zorg was, heeft het verlies van werk en dagbesteding doorgaans al eerder plaatsgevonden. Overigens zijn er, wat dit aspect betreft, opmerkelijke verschillen met onder meer Amerikaanse studies naar de effecten van Individual Placement and Support (IPS), waarbij psychiatrische patiënten in 31% tot 56% wel een vorm van betaald werk hebben (Van Weeghel, Michon & Kroon, 2002).

Patiënten met een autochtone achtergrond hebben een hoger percentage DD-problematiek dan patiënten met een allochtone achtergrond. Dit is in overeenstemming met onderzoeksgegevens die laten zien dat patiënten met een allochtone achtergrond ondervertegenwoordigd zijn in de GGZ (Heijnen, 2006).

## Conclusie en aanbevelingen

Vermoedelijk ligt het percentage DD-problematiek in LTZ Noord hoger dan hier gevonden; wij denken dat er sprake is van onderdiagnostisering. Onze hypothese is dat dit percentage sterk zal stijgen als deskundigheidsbevordering van het personeel op het gebied van DD-problematiek en de invoering van screeners, assessments en

urinetesten hun intrede hebben gedaan in de reguliere patiëntenzorg. Goede detectie en diagnostiek vormen de basis voor een adequate behandeling; invoering van deze procedures is derhalve onzes inziens aangewezen.

Gezien de overlastklachten bij DD-patiënten is het tweede advies om in de behandeling van DD-patiënten gerichte aandacht te besteden aan de samenwerking met het patiëntensysteem, sociaal-maatschappelijke hulpverlening (financiën en huisvesting), buurtregisseurs/politie en de sociale meldpunten en justitie, om problemen snel te kunnen traceren en de zorg zo goed mogelijk af te stemmen met andere betrokkenen. Vanwege de frequente en vaak langer durende klinische opnamen van DD-patiënten, is goede samenwerking tussen ambulante en klinische voorzieningen van groot belang voor de continuïteit en kwaliteit van de geboden zorg.

Vanwege het ontbreken van een vorm van gestructureerde dagbesteding en sociale contacten bij een groot deel van de gehele onderzoeksgroep, is onze derde aanbeveling om specifiek aandacht te besteden aan dit domein, bijvoorbeeld door het toevoegen van een trajectbegeleider aan het team.

### Tot besluit

Het hier beschreven onderzoek en de literatuurstudie hebben geleid tot de invoering van een scholings-, implementatie- en onderzoekstraject over DD bij de gehele divisie Langdurige Psychiatrie van Mentrum. Alle hulpverleners worden geschoold in een geïntegreerde behandelmethode die is gebaseerd op de principes van Mueser en Drake (Mueser e.a., 2003) voor dubbele-diagnoseproblematiek.

Dit behelst onder meer deskundigheidsbevordering over dubbele-diagnoseproblematiek, screening en assessment van middelengebruik, een open en niet-oordelende houding ten opzichte van verslaving, motiverende gespreksvoering, ondersteuning van en samenwerking met patiëntensysteem en maatschappelijk steunsysteem, en het bieden van een gefaseerde behandeling op het gebied van psychiatrie en verslaving. Ook verwijzing naar zelfhulpgroepen (bijv. AA en NA) behoort tot het DD-traject. Bij de implementatie wordt het gangbare behandelplan-'format' aangevuld met items van geïntegreerde dubbele-diagnosebehandeling. Daarnaast zijn er coaching- en consultatiemogelijkheden voor teams en

supervisiebijeenkomsten rondom dubbele-diagnosebehandeling. In het LTZ Noord-team zijn trajectbegeleiders aangesteld om gericht aandacht te besteden aan zinvolle dagbesteding.

Op termijn zal blijken of de ontwikkeling van een 'evidence based' en geïntegreerd dubbele-diagnosezorgaanbod leidt tot een grotere tevredenheid over het behandelplan onder patiënten en hulpverleners, en tot beter functioneren op de beschreven domeinen.

### Dankwoord

Door de grote inzet van het LTZ Noord-team was de respons bij dit onderzoek 100%. Wij danken alle teamleden van de LTZ Noord hartelijk voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

### Literatuur

- Bijl, R.V., Zessen, G. van, & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Graham, H.L. (2004). *Cognitive Behavioural Integrated Treatment (C-BIT). A treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems*. Chichester: John Wiley.
- Health Canada (2002). *Best practices*. Ottawa: Health Canada.
- Heijnen, H. (2006). *Onderzoek geestelijke gezondheidszorg Amsterdam*. Amsterdam: Projectgroep Onderzoek GGZ Amsterdam.
- Kerkmeier, M., Blanken, P., & Klerk, C. de (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp*. Den Haag: Parnassia Addiction Research Center.
- Meeuwissen, J., & Kroon, H. (2000). *Kenmerken van dubbele diagnose cliënten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Meeuwissen, J., Kroon, H., & Eland, A. (2001). *Een basisprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Menezes, P.R., Johnson, S., Thornicroft, G., e.a. (1996). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in South London. *British Journal of Psychiatry*, 168, 612-619.
- Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice*. New York/London: Guilford Press.
- Mulder, C.L., & Kroon, H. (2005). *Assertive community treatment*. Nijmegen: Cure and Care.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., e.a. (1990). Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Weeghel, J., Michon, H., & Kroon, H. (2002). Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 936-949.